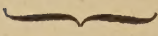


ESSAI

N° 109.



SUR

LA TAILLE BILATÉRALE;

THÈSE

*Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris,
le 11 juin 1828, pour obtenir le grade de Docteur en
médecine;*

PAR ALEX. GINIEZ, de Poussan,

Département de l'Hérault.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 15.

1828.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, *Doyen*.

MESSIEURS.

Anatomie.....	CRUVEILHIER.
Physiologie.....	DUMÉRIL, <i>Examinateur</i> .
Chimie médicale.....	ORFILA.
Physique médicale.....	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale.....	CLARION.
Pharmacologie.....	GUILBERT.
Hygiène.....	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale.....	{ MARJOLIN, <i>Président</i> .
	{ ROUX.
Pathologie médicale.....	{ FIZEAU.
	{ FOUQUIER.
Opérations et appareils.....	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale.....	ALIBERT, <i>Suppléant</i> .
Médecine légale.....	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés.....	DESORMEAUX, <i>Examinateur</i> .
	{ CAYOL.
Clinique médicale.....	{ CHOMEL.
	{ LANDRÉ-BEAUVAIS.
	{ RÉCAMIER.
	{ BOUGON.
Clinique chirurgicale.....	{ BOYER.
	{ DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens.....	DÉNEUX, <i>Examinateur</i> .

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMAN, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

MESSIEURS

ARVERS.
BAUDELLOCQUE.
BOUVIER.
BRESCHET.
CLOQUET (Hippolyte).
CLOQUET (Jules).
DANCE.
DEVERGIE.
DUCOIS.
GAULTIER DE CLAUDEBY.
GÉRAUDIN.
GERDY.

MESSIEURS.

GIBERT.
KERGARADEC.
LISFRANC, *Examinateur*.
MAISONABE, *Suppléant*.
PARENT DU CHATELET, *Examinateur*.
PAVET DE COURTEILLE.
RATHEAU.
RICHARD.
ROCHOUX.
RULLIER.
VELPEAU.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Puisse cet opuscle, dont mon cœur leur fait hommage, leur procurer quelque plaisir? C'est là le vœu le plus cher du fils le plus respectueux.

A MES FRÈRES.

Comme une preuve d'un attachement inaltérable.

AUX MÂNES

D'UN FRÈRE CHÉRI.

Éternels regrets.....

A. GINIEZ.

ESSAI

SUR

LA TAILLE BILATÉRALE.

LA taille bilatérale est-elle une opération nouvelle, et n'en trouve-t-on pas l'origine chez les anciens ? Telle était la question que je m'étais proposé de résoudre avant d'en venir à la description des divers procédés qu'on a imaginés pour la pratiquer, bien convaincu que cette opération ne pouvait être confondue avec le petit appareil.

Les recherches que j'ai faites pour éclaircir ce point, m'ont appris que cette double incision faite au col de la vessie avait été proposée par *Franco*, en l'année 1561. Le passage où cet auteur décrit cette manière de tailler est trop clair pour que je ne me fasse pas un plaisir de le rapporter en me servant de son style, qui, comme celui d'*Amyot* et de *Montaigne*, procure à ceux qui savent l'apprécier un charme inexprimable, et semble empreint du cachet de la vérité.

Après avoir parlé de l'utilité d'introduire une sonde cannelée dans la vessie, pour diriger l'instrument qui doit couper le col de cet organe, voici comment s'exprime *FRANCO* : « *Au reste, Je conseille qu'après avoir fait l'incision sur la canule non par trop grande, ains seulement telle qu'en Icelle les tenailles in cises* (je renvoie le lecteur à l'ouvrage de *Franco*, pour voir la figure de ces tenailles incisives qui

ont la plus grande ressemblance avec le lithotome à double tranchant, hors la courbure propre à ce dernier instrument) y puissent entrer, Icelles étant dans la capacité de la vessie, les faudra ouvrir tant large que l'on veult faire l'incision et ouverture, qui se fera en les retirant : Pour ce est nécessaire qu'elles coppent bien. Car autrement ne copperoyent pas, ains elargiroient et dilateroyent tant seulement. Les raisons sont pour ce que bien souuent en coppant sur la canule, le rasoir ne peut pas bien copper tant large qu'il feroit besoin : Pour ce que le col de la vessie cède et fuit deuant le rasoir, et bien souuent ne coupe pas droit.» (Franco, Traité des hernies, page 151, chap. XXXV.)

A cela l'auteur ajoute : « *Toutefois Je n'en ay point vsé.* »

On sent que ce passage n'a pas besoin d'être commenté pour y faire voir l'origine de la taille bilatérale.

Il ne paraît pas cependant que ce soit les écrits de cet auteur qui aient mis sur la voie de la découverte de cette opération : en effet, M. Chaussier et Bèclard, qui les premiers ont parlé de la taille bilatérale, semblent avoir été amenés à ce manuel opératoire par leurs méditations sur le passage de *Celse*, où cet auteur décrit la plus ancienne méthode d'extraire le calcul de la vessie, passage dont les commentateurs ont donné tant de versions.

Comme mon but est de prouver que, dans la nouvelle opération, l'incision que l'on pratique à la peau, et dont la concavité est en bas, est conforme au texte de *Celse*, je dois rapporter ici les expressions de l'*Hippocrate* latin, afin qu'on puisse comparer les différentes traductions qu'on en a données, et que nous allons examiner.

Après avoir indiqué la situation qu'il faut donner au malade, la manière de chercher, d'amener et de fixer la pierre, l'encyclopédiste latin ajoute (livre VII, c. 26 (1) : « *Cùm jam eo venit, incidi. . . . Juxta anum cutis, Plagâ lunatâ, usquë ad cervicem vesicæ debet, cornibus ad coxas spectantibus paulùm.* »

(1) Ce passage étant altéré dans plusieurs éditions, nous nous servons de celle de Léonard Tarya. A Leyde, 1785, 2 vol. in-4.

Ce passage qui me paraît si clair, en donnant au mot *coxas* sa véritable signification , est devenu obscur par le sens différent que lui ont attaché une foule de traducteurs et de commentateurs.

Avant d'examiner les différentes versions qu'on en a donné , et appuyés de l'autorité de *Will. Broomfield* , de MM. *Chaussier* et de *Béclard* , nous essaierons de le traduire en nous tenant scrupuleusement au texte.

La cause de la fausse interprétation de ce passage me paraît être dans *Paul d'Ægine*. Cet auteur, sans savoir sur quoi il fonde cette recommandation , dit qu'il ne faut pas faire l'incision au milieu , c'est-à-dire au raphé , ou ligne médiane du périnée ; mais de côté , vers la fesse , de manière qu'elle soit oblique. *Non juxta medium interfæmineum , sed ad alteram partem ad sinistram natem , obliquam sectionem faciemus*. Depuis cet auteur , on a presque toujours fait l'incision oblique ; et de nos jours , MM. *Begin* et *Jourdan* ont prétendu que l'interprétation du passage de *Celse* donnée par *Broomfield* , M. *Chaussier* et *Béclard* était inexacte , s'appuyant seulement sur ce que dit *Paul d'Ægine*.

Ninnin , qui , dans plusieurs autres passages où se trouve le mot *coxa* , lui a rendu sa véritable signification , c'est-à-dire , *ischion* , le traduit ici par les *cuisses* , et donne alors cette interprétation au texte de l'encyclopédiste latin : « Il faut faire à la peau , auprès de l'anus , une incision en forme de croissant , qui pénètre jusqu'au col de la vessie , et dont les extrémités soient un peu tournées vers les cuisses. »

Foubert , au lieu de traduire le mot *coxas* au pluriel , le rend par le singulier , et donne la traduction suivante : (Mém. inséré parmi ceux de l'Académie de chirurgie , sur la manière de tailler.) « Il faut faire une incision en croissant et dont les extrémités regardent un peu la cuisse. »

C'est aussi le sens que lui donne le célèbre *Heister* , un des plus grands partisans du petit appareil , dans son grand ouvrage de chirurgie ; *Dalechamps* , dans sa *Chirurgie française* , page 261 ; et *De-champ* , dans son *Traité de la taille*.

Dujardin, dans son Histoire de la chirurgie, conserve la même traduction, mais la rend un peu trop libre, en disant que « les angles de la plaie doivent être tournés vers la cuisse du même côté », ce que *Celse* ne dit pas. Mais une chose qui m'a paru singulière, c'est que cet auteur, dans une note, tend à prouver que *Celse* ne connaissait pas la valeur des mots qu'il employait, car au mot *lunata*, il dit qu'il ne faut pas l'entendre à la lettre. Or, quel est le médecin qui, après avoir lu cet élégant écrivain, osera avancer une pareille chose. Il faut n'avoir pas senti l'élégance et la concision de l'auteur latin; deux qualités de style qui ne peuvent s'obtenir que par un choix heureux des mots techniques pour rendre sa pensée. Plus bas, pour prouver que *transversus* signifie oblique (avouant de bonne foi qu'il ne conçoit pas un cas où l'incision transverse puisse convenir), il s'appuie sur *Robert Étienne* (Thes. ling. latin.), et lui fait traduire *transversus*, par *quòd in obliquum est*; tandis que le savant auteur de ce dictionnaire le rend par *quòd contrarium est obliquo*; c'est ce dont on pourra se convaincre.

Il nous paraît donc impossible qu'on puisse expliquer comme on le fait le passage cité, si l'on veut donner au mot *coxas* sa véritable signification, qui est *ισχίον*, et non la cuisse. Voyez *Robert Étienne* et le *Lexicon Castelli*, auteurs qui s'appuient non-seulement sur *Celse* lui-même, mais sur tous les meilleurs écrivains de l'antiquité. D'ailleurs les écrivains modernes qui ont écrit en latin lui donnent cette signification, et, d'un autre côté, en lisant attentivement l'Encyclopédiste latin, on voit que pour désigner la cuisse il se sert de *os femoris* ou de *femen*.

Telles étaient les interprétations qu'on avait données jusqu'à *Will. Broomfield*. Cet auteur anglais, surpris, comme il le dit lui-même, de la planche qu'*Heister* a donnée dans son ouvrage, pour expliquer la méthode de *Celse*, revint à l'original et rendit ainsi le texte: « A lunated incision is to be made near the anus, down to the neck of the Bladder, so as the horns of the incision may point towards the coxæ. »
 « Il faut faire auprès de l'anus une incision semi-lunaire, qui pénètre

jusqu'au col de la vessie, et dont les angles soient tournés vers les ischions. » Cet auteur rend donc coxas par ischion, et voici comment il s'explique à ce sujet : « Is we translate coxæ the hip bones, as we understand the hips in english, the *cornua* of the lunated wound would point upwards; but as *Celsus* by coxæ certainly meant the whole of the ossa innominata, I should rather suppose that the *cornua* of the lunated wound should point towards the tubercula of the ischia. » « Si nous traduisons coxæ par les os de la cuisse, comme nous entendons cuisse en anglais, les angles de cette incision devront être dirigés en haut; mais comme *Celse*, par le mot coxæ, désignait l'os innominé, il est vrai de dire que les cornes de l'incision doivent être tournées vers les ischions. »

M. *Chaussier*, *Béclard*, M. *Dupuytren* et M. *Delpéch*, ayant entendu le passage cité comme *Will. Broomfield*, nous pouvons, appuyés sur des autorités si respectables, en donner cette traduction : Il faut faire à la peau, au-dessus de l'anus, une incision semi-lunaire, qui pénétre jusqu'au col de la vessie, et dont les cornes ou extrémités soient un peu tournées vers les ischions. (*Cornibus ad coxas spectantibus paulum.*)

Ce fut la discussion de ce passage de *Celse*, si mal compris, comme nous l'avons vu, par les traducteurs et les commentateurs, qui déterminâ M. *Chaussier* à faire des expériences sur le cadavre pour confirmer l'interprétation qu'il avait donnée au texte.

La première incision faite, d'après les règles données par l'auteur latin, ce professeur s'aperçut bientôt que cette plaie se trouvant à la partie la plus large de la région périnéale, on pouvait arriver facilement à la prostate, l'inciser à droite et à gauche, et créer une nouvelle méthode pour extraire les calculs de la vessie. Ses réflexions sur cette opération lui firent entrevoir que cette méthode avait même des avantages sur les autres méthodes sous-pubiennes connues. C'est en présence de M. *Ribes*, son prosecteur, qu'il exécuta son procédé de la manière suivante. (Proposition sur divers objets de médecine, par M. *Morland*. Thèse soutenue à Paris en 1805.)

Procédé de M. CHAUSSIER.

La situation qu'il donne au sujet diffère de celle que l'on suit ordinairement ; il veut que sa tête soit placée sur un plan plus bas que celui sur lequel repose le bassin, afin que la région du périnée, de l'anus, se présente dans toute son étendue.

Après avoir ainsi placé le sujet, retiré, écarté et assujéti les cuisses, on introduit dans l'urètre un cathéter ordinaire, ou mieux, comme le préfère M. *Chaussier*, un cathéter présentant deux cannelures, l'une à droite, l'autre à gauche, lesquelles se réunissent au point de la plus grande courbure de cet instrument, et que l'on confie à un aide chargé en même-temps de relever les bourses. Alors l'opérateur appuyant les trois grands doigts de la main gauche sur l'anus, qu'il déprime du côté du coccyx, et saisissant un scalpel à long manche, tranchant sur sa convexité, il en porte la pointe sur le côté droit du périnée, environ à deux ou trois centimètres de la ligne médiane, et, conduisant l'instrument de droite à gauche, il coupe transversalement le périnée, environ un centimètre et demi au-dessus du bord de l'anus. Parvenu au côté gauche du raphé, on prolonge l'incision un peu obliquement en bas et du côté de l'ischion ; reportant la pointe de l'instrument à droite, dans l'endroit où l'on avait commencé l'incision, on la prolonge également de ce côté en inclinant le bistouri en bas du côté de l'ischion.

Cette première incision semi-lunaire comprend la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose inférieure, les muscles bulbo-caverneux et le transverse.

Portant aussitôt dans le milieu de cette plaie l'extrémité du doigt indicateur, qui déprime toujours l'anus et écarte le rectum, le chirurgien se fraye, avec la pointe du scalpel, une route plus profonde, et parvient bientôt au-dessous du bulbe et à la partie membraneuse de l'urètre, qu'il distingue et reconnaît avec l'extrémité du doigt.

Il ne reste maintenant qu'à exécuter la seconde partie de l'opéra-

tion, qui consiste à diviser l'urètre et à faire deux incisions latérales au col de la vessie et de la prostate ; pour cela on a proposé divers moyens.

Si l'on s'est servi du cathéter ordinaire, on en fait incliner le manche fortement à droite, et l'on fait une incision sur la cannelure, que l'on peut prolonger à gauche jusque dans l'épaisseur de la prostate ; ensuite, le manche du cathéter porté à gauche, on fait une semblable incision à la portion droite de la prostate. C'était dans l'intention de rendre ces deux incisions plus faciles que M. *Chaussier* avait fait construire un cathéter à deux cannelures, l'une à droite et l'autre à gauche. On a proposé aussi, pour remplir le même objet, après avoir fait une première incision latérale à la portion membraneuse, d'employer une sonde cannelée droite que l'on ferait parvenir dans la vessie ; et, après avoir retiré le cathéter, on inciserait à droite et à gauche le col de la vessie et la prostate dans une étendue convenable. On s'est aussi servi du lithotome simple ; mais celui qu'a fait construire M. *Dupuytren* est préférable à ce dernier ; aussi en ferons nous sentir les avantages après avoir décrit le procédé de ce savant professeur.

Cette double incision faite, l'opération s'achève suivant les procédés ordinaires et que nous ne croyons pas devoir décrire ici.

Procédé de BÉCLARD.

Ce professeur n'ayant aucune connaissance des tentatives de M. *Chaussier*, dont le résultat était consigné dans la thèse de M. *Morland*, et ne trouvant dans les traducteurs de *Celse* aucune interprétation satisfaisante du passage déjà cité, chercha à en saisir le sens, et les essais qu'il fit sur le cadavre le conduisirent au même but que M. *Chaussier*.

Le silence absolu que garde d'ailleurs *Béclard* dans sa dissertation est pour M. *Ollivier* (d'Angers) une preuve que le professeur d'anatomie ne connaissait pas à cette époque les travaux de son illustre

maître; l'on sait d'ailleurs, ajoute le même auteur, avec quelle juste impartialité il rapporta toujours les découvertes, qu'elles quelles fussent, à leurs véritables auteurs.

S'il est donc démontré que *Béclard* ne connaissait pas la dissertation de *M. Morland*, on peut en conclure qu'en traduisant fidèlement la phrase de *Celse*, on doit être amené à lui donner la même interprétation.

L'auteur dont nous allons décrire le procédé avait très-bien senti que toute la difficulté reposait dans le mot *coxas*, qu'il traduit par *os des hanches* ou *ischions*, qui en font partie, et que l'auteur latin ne désigne nulle part sous un nom particulier.

Il était donc arrivé à penser que l'incision ne pouvait être pratiquée comme l'avaient entendu *Paul d'Égine*, *Albucasis*, *Heister*, *Deschamps*, etc., mais bien en forme de croissant au-devant de l'anus, et dont les cornes seraient dirigées en bas ou en haut. Ce dernier sens lui parut le plus raisonnable, et c'est celui qu'il adopta. Ce professeur fit des essais sur le cadavre, et il créa pour la seconde fois la taille bilatérale; voici comment il la pratiquait. Nous avons cru devoir transcrire la description qu'il en donne dans sa dissertation inaugurale (Prop. sur quelques points de médecine, août 1813).

« Un cathéter étant introduit dans l'urètre (on sait que cela ne fait point partie de la méthode de *Celse*), je pratique au-devant de l'anus une incision courbe, dont les extrémités sont dirigées vers les ischions. Dans la partie moyenne de cette incision, je cherche et j'incise sur la crénelure du cathéter la portion membraneuse de l'urètre; puis, par cette ouverture, j'introduis un instrument propre à faire une incision à peu près transversale au col de la vessie.

« Cet instrument est de plusieurs espèces. J'ai fait construire un gorgere presque plane, dont les deux bords sont tranchans, dont le bouton ou l'arête tient à la face convexe; je l'introduis la convexité en bas. J'ai aussi fait exécuter un instrument analogue au lithotome caché du *Frère Côme*: c'est un bistouri caché à deux lames: ces deux lames s'écartent l'une de l'autre et de la tige, de manière à se diriger en de-

hors et un peu en bas. Si on trouve aux instrumens qui n'incisent le col de la vessie qu'en sortant un avantage absolu sur les autres, on préférera ce dernier. »

On a vu que jusqu'ici cette méthode n'avait été exécutée que sur le cadavre ; c'est à M. *Dupuytren* qu'appartient la gloire d'avoir le premier pratiqué cette opération sur le vivant, après avoir mûrement réfléchi, selon son usage, sur ce manuel opératoire, et s'être convaincu des chances favorables du succès. Cinq individus furent taillés, en 1824, par ce célèbre praticien, et leur guérison rapide vint confirmer l'idée qu'il avait des avantages de cette nouvelle méthode.

Ces succès rappelèrent à *Béclard* un procédé qu'il avait abandonné jusqu'alors, et il l'exécuta sur le vivant, mais avec les modifications suivantes.

Le malade situé comme à l'ordinaire, et le cathéter introduit dans la vessie, il laissait cet instrument abandonné à lui-même, pensant que la moindre pression que l'aide pourrait exercer dérangerait le rapport de ces parties, qui sont si mobiles, et qu'il est si important de conserver. Il pratiquait alors la première incision comme dans la taille latéralisée ; et parvenu à la portion membraneuse de l'urètre par le côté gauche, en arrière du bulbe, il incisait transversalement, avec un bistouri semblable à celui de *Chéselden*, la portion prostatique de ce canal. Toutes les fois que cette seule opération lui suffisait pour extraire facilement le calcul, il la bornait là (1) : mais quand celui-ci était trop considérable, il incisait le côté droit de la prostate avec un bistouri boutonné ; c'était seulement dans ce cas qu'il pratiquait la taille bilatérale proprement dite.

Nous avons été obligé de parler de ce dernier procédé, qu'il avait adopté préférentiellement à celui qu'il avait décrit en 1813, pour rapporter quelques réflexions que *Béclard* avait faites, et qui semblaient

(1) On voit que quand le professeur d'anatomie n'incisait que le côté gauche du col de la vessie, son procédé n'était que celui de *Howkins* et de M. le professeur *Boyer*.

lui faire proscrire, dans certains cas, la taille bilatérale telle qu'il l'entendait d'abord.

Ce célèbre anatomiste pensait que la taille avec l'incision semi-lunaire de *Celse* ne devait être pratiquée que sur de jeunes sujets, à cause du peu de développement du bulbe que l'on rencontre à cette époque de la vie, et de l'espace considérable qui existe entre lui et le rectum. Il avait trouvé, en effet, chez quelques sujets, et principalement chez les vieillards, la portion bulbeuse de l'urètre si volumineuse, qu'elle s'attachait immédiatement à la partie antérieure de l'extrémité inférieure du rectum.

Cette dilatation du bulbe existe, d'après ses observations, sur les individus dont la pierre irrégulière, même quoique d'un très-petit volume, irrite depuis long-temps la vessie; et dans le cas de cette anomalie, disait cet auteur, si, pour éviter la lésion du bulbe, on porte le bistouri plus bas pour inciser la portion membraneuse, on risque d'intéresser le rectum.

D'ailleurs, ajoutait-il, dans cette manière d'atteindre la portion membraneuse, on ne peut pas relever le bulbe, puisqu'il est fixé à l'aponévrose superficielle du périnée, et l'on n'a pas, pour l'éviter, cet avantage que l'on rencontre dans la taille latéralisée, où on le repousse à droite. D'un autre côté, *Béclard* regardait l'incision semi-lunaire comme une circonstance très-accessoire à l'opération.

Tels étaient les motifs qui avaient porté ce chirurgien à préférer la taille latéralisée, avec la modification qu'il y avait apportée, à la taille transversale. Voyons jusqu'à quel point ils sont fondés.

Il est vrai que, dans le cas où le bulbe se prolongerait plus que dans l'état normal, on aurait deux écueils à éviter, la blessure du rectum, si l'on incisait trop en arrière, ou la division de l'extrémité du bulbe. Or, si l'opérateur se trouvait dans le cas où il ne peut éviter aucun des deux écueils, ce qui arrivera quand l'adhérence du bulbe et du rectum existera, quel est celui dans lequel il préférerait tomber? Le choix est bien facile à faire. Quel est, en effet, le grave accident qui peut arriver, si l'on incisait l'extrémité inférieure du bulbe? Se-

rait-ce une hémorrhagie? Mais elle ne peut pas être dangereuse, puisqu'elle ne résulterait que d'une très-petite branche de l'artère bulbo-urétrale, qu'on n'évite pas toujours dans la taille latéralisée. Cette partie du canal était bien divisée par la méthode du grand appareil, et des suites funestes n'ont jamais été le résultat de cette incision. Nous pensons, au reste, que ce prolongement du bulbe est plus rare que ne le croyait *Béclard*.

Si cette objection est la seule qu'on puisse faire contre la taille bilatérale, nous pensons qu'elle ne peut empêcher aucun chirurgien de pratiquer cette opération.

Procédé de M. DELPECH.

Les revers que M. le professeur *Delpech* avait toujours eus en pratiquant la taille hypogastrique, soit dans le cas où le calcul n'avait pu être extrait par la méthode latéralisée, soit même sans avoir pratiqué auparavant cette dernière opération, engagèrent ce chirurgien à faire des recherches sur la lithotomie. Ce sont les observations consignées dans les archives qui le portèrent à lire attentivement le passage de *Celse*.

Ce professeur s'aperçut bientôt que le seul moyen de comprendre le texte déjà cité était de donner au mot *coxas* la signification d'*ισχυον*; et après avoir lu moi-même plusieurs fois avec ce praticien la description donnée par l'encyclopédiste latin, il fut décidé que la seule interprétation exacte était celle de M. *Chaussier*, de *Béclard* et de M. *Dupuytren*. Des essais furent faits sur le cadavre, et l'on ne tarda pas à pratiquer cette opération sur le vivant.

C'est le 8 septembre 1824 que cette méthode fut pratiquée, à l'hôtel-Dieu de Montpellier, sur un homme âgé de cinquante ans, d'un tempérament sanguin, et ayant toujours joui d'une brillante santé.

Le malade situé comme dans la taille latéralisée, le cathéter introduit dans la vessie et tenu perpendiculairement à l'axe du corps, on

fit, à douze lignes environ au-devant de l'anüs, une incision semi-lunaire, dont les extrémités aboutissaient aux ischions. On disséqua le lambeau résultant de cette incision, de la circonférence vers la base, et l'on mit ainsi à découvert la portion membraneuse de l'urètre. Cette partie fut incisée perpendiculairement dans l'étendue de six lignes environ. Le lithotome simple introduit en suivant la rainure du cathéter, et dégagé de ce dernier instrument par un mouvement de bascule, on fit la première incision, du côté gauche du col de la vessie, en dirigeant l'instrument de manière à ce que l'incision de la prostate fût plus transversale que ne la faisait ordinairement ce praticien. Le lithotome, hors de la vessie par cette première incision, fut introduit de nouveau en suivant les mêmes règles, et l'on divisa le côté droit. Une large ouverture résultant de ces deux incisions, il devint facile d'extraire le calcul assez volumineux ; il avait été jugé tel par le cathétérisme.

L'opération terminée, on chercha à se rendre maître du sang, qui coulait en assez grande abondance, surtout depuis que l'incision du côté droit du col de la vessie avait été faite. La lésion de trois artères avait donné lieu à cette hémorrhagie. L'une de ces artères, très-superficielle, fut liée facilement ; les deux autres situées plus profondément, et le sang qui inondait la plaie empêchant de découvrir l'orifice de ces vaisseaux, ce fut en vain qu'on chercha par trois fois à les saisir avec le *tenaculum* de *Broomfield*. Cependant une éponge placée sur le côté qui fournissait le sang, et laissée pendant quelques minutes, permit enfin d'apercevoir, de saisir et de lier une de ces artères. Par le même moyen on parvint à lier la seconde.

Le sang étanché, et les environs de la plaie nettoyés, on réunit le lambeau semi-circulaire par quelques points de suture, et l'on plaça dans l'angle du côté droit une sonde de gomme élastique pour le passage de l'urine. Le pansement consista en des plumasseaux appliqués sur les lèvres de la plaie, et maintenus par un bandage en T.

L'opération ayant été longue et douloureuse, on prescrivit, à prendre *illico*, une potion anodine, et l'on ordonna qu'une saignée fût pratiquée

dans la journée. Le malade, depuis l'opération, ne cessa de souffrir de la région hypogastrique. L'urine qui passait par la sonde était toujours sanguinolente. Le 12, c'est-à-dire le quatrième jour après l'opération, les points de suture furent enlevés, un excepté; c'était celui qui se trouvait au-dessus de la sonde : ce point était nécessaire, car le côté droit ne s'était pas réuni; il n'y avait que le sommet du lambeau et quelques points du côté gauche qui avaient contracté de légères adhérences. La pression exercée sur le périnée faisait sortir une matière noirâtre et fétide. La soif intense du malade, la rougeur de la langue, les traits abattus, tout annonçait une mort prochaine, qui arriva enfin le dixième jour de la maladie.

En lisant attentivement le procédé que nous venons de décrire, on ne peut concevoir qu'elles sont les raisons qui ont pu porter ce professeur, d'ailleurs très-recommandable, à faire un lambeau de l'incision semi-lunaire faite à la peau. Si c'était pour découvrir plus amplement la portion membraneuse, je n'en vois pas l'utilité. En effet, le but de l'opérateur, en divisant cette portion du canal, est d'y faire une incision suffisante pour l'introduction du lithotome, soit simple, soit à double tranchant; et pour cela, l'écartement qui existe entre les deux lèvres de cette division suffit pour permettre facilement cette introduction.

On sent bien que ce lambeau formé, il devait nécessairement en résulter les moyens propres à le maintenir après l'opération, soit par des bandelettes, soit par des points de suture. Mais comme ce professeur est partisan de ce dernier moyen, c'est celui qui a été mis en usage (1). D'après cela une sonde devenait nécessaire pour la sortie de l'urine; mais son emploi ne devait pas être sans inconvénient.

(1) Nous ne prétendons pas rejeter ce moyen; il est utile dans plusieurs cas, et nous avons vu ce professeur en retirer de grands avantages; mais était-ce le cas de l'employer ici ?

Ce procédé est si vicieux, que je ne pense pas qu'il puisse jamais être préféré à ceux que nous avons déjà décrit.

Procédé de M. Roux.

Le 28 février 1828, un homme s'étant offert à l'hôpital de la Charité, atteint d'un calcul qui lui occasionnait des douleurs assez vives, M. Roux, après en avoir constaté la présence, pratiqua la cystotomie par la méthode bilatérale, d'après le procédé suivant.

La malade, placé comme il a été dit plus haut, le cathéter introduit dans la vessie et confié à un aide qui le tenait perpendiculairement à l'axe du corps, on fit une incision semi-lunaire à concavité dirigée vers la symphise des pubis. Cette incision, partant de la branche ischio-pubienne droite, se terminait auprès de la branche gauche, ayant sa partie moyenne à un travers de doigt au-devant de l'anus. La portion membraneuse mise à découvert, on fit une incision de quelques lignes, on introduisit le lithotome simple, et l'on divisa le côté gauche du col de la vessie et de la prostate un peu obliquement et dans le sens du plus grand rayon de cette glande. Le même instrument fut engagé de nouveau dans la vessie pour faire la seconde incision à droite, dans le même sens que la première.

Dans ce temps de l'opération, il fallut appuyer un peu plus sur l'instrument du *Frère Côme*; car la partie gauche du col de la vessie et de la prostate n'offrait plus de point d'appui à la châsse de l'instrument. On sent que, dans un pareil cas, on peut, par la pression exercée sur cet instrument, faire une incision trop profonde et amener par là des accidens très-graves; ou bien, si la gaine du lithotome s'engageait dans la division du côté gauche en y cherchant de la résistance, on pourrait ne faire qu'effleurer ou même ne pas inciser le côté droit en retirant l'instrument.

On voit, par la description de ce procédé, que M. Roux partage l'opinion de *Ninnin*, qui veut que les cornes de l'incision soient tournées vers les cuisses. Quelles sont les raisons qui ont porté ce

savant professeur à préférer cette dernière interprétation? Nous les ignorons complètement, ce chirurgien ne s'étant pas expliqué à ce sujet. Quoi qu'il en soit, nous ne pensons pas que la forme de cette incision ait des avantages sur celles à concavité postérieure; elle semble, au contraire, exposer d'une manière plus sûre, 1°. à l'hémorrhagie, 2°. à l'infiltration des urines dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Le premier accident est facile à concevoir par la direction de l'incision, dont les extrémités sont tournées vers les artères superficielles et transverses du périnée; tandis que dans le cas où la concavité de l'incision est postérieure, ces extrémités marchent parallèlement à ces vaisseaux.

Le second, qui est l'infiltration de l'urine, n'est pas moins aisé à comprendre: en effet, on en trouve la raison dans le défaut de parallélisme entre les incisions extérieures et intérieures, ce qui fait qu'une portion de peau non divisée forme une espèce de plancher propre à arrêter les urines. D'ailleurs, la situation des cornes de l'incision sur un point du périnée où la peau est très-mobile ne favorise-t-elles pas encore cette infiltration?

Quant à l'emploi du lithotome simple, nous ferons sentir plus bas que cet instrument ne peut remplacer celui qui est à double tranchant.

Procédé de M. Dupuytren.

Nous aurions du placer la description du procédé de cet habile opérateur immédiatement après celui de *Béclard*, puisqu'il a été pratiqué avant les deux qui suivent ce dernier; mais comme c'était celui sur lequel nous avons fixé notre choix, nous avons préféré le renvoyer à la fin à cause des détails dans lesquels nous devons entrer à son sujet.

C'est à M. *Dupuytren* qu'est due la gloire d'avoir pratiqué le premier sur le vivant l'opération qui fait le sujet de cet ouvrage. Ce célèbre chirurgien, après avoir fait plusieurs essais sur le cadavre, et avoir

reconnu les avantages qu'elle présentait sur les autres tailles sous-pubiennes, l'exécuta sur le vivant au mois de mai 1824. Les plus brillant succès couronnèrent son entreprise ; et depuis cette époque, sur vingt-quatre calculeux qui ont été taillés à l'Hôtel-Dieu, vingt-trois ont été complètement guéris. Depuis notre séjour dans la capitale, nous avons été témoin de la guérison rapide de sept d'entr'eux, dont nous avons recueilli nous-même les observations.

Voici son procédé :

Le cathéter introduit dans la vessie, après avoir placé le malade comme dans la taille latéralisée, on cherche à reconnaître la pierre. Cette remarque, que n'oublie jamais de faire M. *Dupuytren*, n'est pas à son avis la moins importante, surtout quand on a vu des praticiens très-recommandables rapporter la sensation que leur faisait éprouver la sonde appliquée sur une bride de la vessie à la présence d'un calcul. Celui-ci reconnu, et le cathéter tenu perpendiculairement à l'axe du corps par l'aide auquel il est confié, l'opérateur, le genou droit appuyé sur le sol, place le pouce de la main gauche sur la tubérosité droite de l'ischion, et le doigt indicateur de la même main à la racine des bourses, et tend par ce moyen la peau du périnée. De l'autre main, saisissant un bistouri droit fixé sur son manche, il en porte la pointe sur le côté droit du périnée à dix à onze lignes du raphé, et la dirige du côté gauche en décrivant une légère courbure : la partie moyenne de cette incision doit être à six ou sept lignes au-devant de l'anus chez les enfans, et à neuf ou douze chez les adultes. Les parties divisées dans le premier temps de cette opération sont la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose inférieure, le muscle bulbo-caverneux, et quelques fibres du transverse.

Cette première partie de l'opération achevée, le chirurgien porte dans le milieu de cette plaie l'extrémité du doigt indicateur gauche, et va à la recherche de la portion membraneuse de l'urètre et du cathéter. Alors l'ongle, placé de champ, et engagé dans la cannelure de cet instrument, sert à y conduire le bistouri. Le tranchant de celui-

ci , dirigé d'abord en arrière , divise dans ce sens cette partie du canal ; mais il est ensuite retourné , afin de prolonger l'incision vers la partie supérieure. Comme dans le mouvement que l'on fait exécuter au bistouri on pourrait le faire sortir de la cannelure et s'égarer , M. *Dupuytren* conseille de se servir d'un bistouri à double tranchant , que l'on porterait en masse vers la partie supérieure , après avoir divisé inférieurement le canal. Nous avons vu cependant ce savant professeur se servir toujours d'un bistouri ordinaire.

Quand l'urètre est incisé dans une étendue de six ou huit lignes , l'ongle maintenu toujours en place , on saisit le lithotome à double tranchant , dont on engage la languette mousse qui le termine dans la cannelure : on juge qu'elle y est parvenue par le contact immédiat des deux instrumens , par leur résistance mutuelle , et surtout en frottant l'un contre l'autre. Alors l'opérateur prend avec la main gauche le cathéter , que l'aide abandonne ; il amène un peu à lui la plaque , et l'élève sous l'arcade des pubis , pendant qu'il pousse le lithotome , dont la concavité doit être tournée en haut. Lorsque son extrémité est arrivée dans le cul-de-sac de la cannelure du cathéter , il le dégage de cette cannelure , et retire de la vessie ce dernier instrument. Il retourne ensuite le lithotome de manière à faire trouver sa concavité en bas. Cette conversion de l'instrument est utile ; car si on l'ouvrait pendant que sa concavité est tournée en haut , les deux lames se trouvant alors perpendiculaires à la direction des vaisseaux , ceux-ci ne manqueraient pas d'être lésés : cet accident , au contraire , n'aura pas lieu si la concavité est en bas , puisque les deux lames se trouveront parallèles aux branches de l'ischion.

Le lithotome , ouvert au n°. 14 pour les enfans et au n°. 15 pour les adultes , étant ainsi placé , on l'abaissera un peu , et , pressant sur les deux bascules , on le retirera avec beaucoup de précaution : mais lorsqu'on jugera , par la longueur dont l'instrument est sorti de la plaie et par le défaut de résistance , que la prostate et le col de la vessie sont coupés , on cessera de presser sur la queue de la lame ; celle-ci rentrera dans sa gaine , et l'on retirera l'instrument. C'est cette

double incision qui constitue le grand avantage de la taille bilatérale sur la taille latéralisée, puisqu'on n'a pas besoin de tant prolonger l'incision, et s'exposer par là à la lésion de quelque vaisseau.

On introduit ensuite le doigt indicateur de la main gauche dans la plaie pour en connaître l'étendue, et pour la dilater quand elle n'est pas assez grande; on fait glisser le gorgeret le long du bord radial de ce doigt, et, lorsqu'il est arrivé dans la vessie, on en dirige la concavité en haut. On pourrait ne pas s'en servir chez les jeunes sujets et chez les adultes qui ont peu d'embonpoint et une prostate peu volumineuse.

C'est donc à l'aide de cet instrument, ou du doigt quand son usage ne paraît pas indispensable, qu'on porte les tenettes dans la vessie. Celles-ci arrivées dans l'intérieur de cet organe, on les y promène pour sentir de nouveau la pierre, qu'on tâche de charger en dirigeant une des cuillers de la tenette en haut et l'autre en bas. On entoure ensuite d'un linge les branches de ce dernier instrument, et l'on exerce de légers mouvemens pour retirer le calcul. Si celui-ci était saisi par son plus grand diamètre, ce que l'on jugerait par l'écartement des branches des tenettes, il ne faudrait pas craindre de le lâcher pour le charger de nouveau, ou tâcher de lui donner une autre situation dans les cuillers. On ne doit jamais manœuvrer avec précipitation, et par conséquent avec violence, comme il arrive à des praticiens excités par une vaine gloire et une funeste émulation qui les porte à vouloir être plus expéditifs que les autres. Ce sont les efforts violens que l'on fait en pareil cas qui nous ont permis de voir des dilations forcées du col de la vessie, des inflammations, des abcès, et même des déchirures de la prostate. La mort, comme on le pense, en a été la conséquence, et c'est le scalpel à la main que nous avons pu vérifier ces résultats.

Tel est le procédé que nous avons vu employer à l'Hôtel-Dieu par M. Dupuytren avec tant de succès, que sur vingt-quatre sujets opérés par cette méthode nous n'en avons vu périr qu'un seul.

Avant de parler des avantages de la taille bilatérale sur la taille latéralisée, tâchons de résoudre cette question :

Le lithotome simple peut-il remplacer celui dont se sert M. *Dupuytren*, c'est-à-dire le lithome à double tranchant ?

Il suffit de lire attentivement le Manuel opératoire de M. *Delpech* et de M. *Roux*, pour sentir les inconvénients de l'instrument du *Frère Côme*. On a vu, en effet, que ces deux professeurs ont éprouvé beaucoup de difficulté pour faire l'incision à droite ; ce qui tenait, comme nous l'avons exposé plus haut, à ce que le côté gauche du col de la vessie, déjà incisé, n'opposant plus de résistance à la chasse de l'instrument, on avait été obligé d'appuyer sur celui-ci en même temps qu'on le retirait. C'est ce qui donne l'explication de l'hémorrhagie survenue chez le sujet opéré par M. *Delpech*.

Ainsi, à l'aide du lithotome simple, on parviendra bien à diviser convenablement le col de la vessie et de la prostate du côté gauche ; mais pour inciser les parties du côté opposé, la pression que l'on est obligé d'exercer sur l'instrument ne permet plus d'apprécier l'étendue que l'on donne à cette incision.

Avec le lithotome de M. *Dupuytren* on n'a pas cet inconvénient, car les deux lames de cet instrument, dégagées de leur gaine commune, coupent en même temps les deux côtés de la prostate à mesure qu'on retire l'instrument, et dans une direction tout à fait semblable, puisque les bords tranchans des deux lames se trouvent diamétralement opposés. On conçoit, en effet, que le col distendu par une ouverture déterminée de l'instrument, et les deux lames se trouvant à la même distance de la gaine qui suit l'axe de la prostate, il doit en résulter deux incisions parfaitement symétriques ; d'un autre côté, sa concavité répondant au rectum, celui-ci sera toujours ménagé, et les malades seront exempts de toute fistule. Sa gaine longeant, comme nous l'avons dit, la partie moyenne de la prostate, et les deux lames n'agissant que sur les parties latérales de la glande, les vaisseaux éjaculateurs ne pourront être lésés.

Il nous paraît impossible de pouvoir remplacer ce dernier instru-

ment par celui du *Frère Côme* ; il n'y aurait que le gorgeret à deux tranchans, imaginé par *Béclard*, qui me semblerait pouvoir remplir le même but ; mais il présente les inconvéniens des instrumens qui coupent en entrant.

On pourrait aussi faire les deux incisions avec un bistouri boutonné ; cependant nous pensons que l'instrument de M. *Dupuytren*, placé entre les mains d'un jeune chirurgien, sera beaucoup moins dangereux.

Nous attendions une occasion favorable pour pouvoir examiner, sur un sujet opéré par M. *Dupuytren*, les parties qui se trouvent intéressées dans cette opération. Cette occasion fuyait toujours devant nous, et les nombreux succès qu'obtenait ce célèbre chirurgien nous faisait même désespérer de pouvoir faire cet examen, et il a fallu qu'un calculeux soit mort sans avoir été opéré de son vivant pour que nous ayons pu jouir de cet avantage.

Le 4 mars 1828, un homme âgé cinquante-cinq ans, se présenta à l'Hôtel-Dieu pour se faire opérer. Ce malade, dont la constitution détériorée ne permettait pas d'entreprendre encore l'opération, mourut quelques jours après son entrée. M. *Dupuytren*, qui cherche toujours les occasions propres à répandre l'instruction parmi les élèves, saisit celle-ci avec empressement (et elle était très-favorable, puisque le sujet était un calculeux), et décrivit son procédé avec beaucoup de méthode et de clarté, à mesure qu'il en exécutait les différens temps sur le cadavre ; trois gros calculs furent extraits avec facilité ; et une chose à noter, c'est qu'ils ne présentaient pas ces facettes dont on fait mention dans les ouvrages, et que l'on rencontre cependant quelquefois quand il existe plusieurs pierres. Nous croyons devoir noter cette circonstance, afin que l'absence de ce signe ne fasse pas croire aux praticiens qu'il n'existe pas d'autres calculs dans les cas où ils en auraient extrait un seul.

Tel est l'histoire du sujet sur lequel nous vérifiâmes les parties qui sont divisées dans cette opération. Voici ce que nous avons rencontré.

Après avoir placé le cadavre comme dans l'opération, nous mesurâmes la distance, qui se trouvait entre l'an us et la partie moyenne de l'incision semi-lunaire, qui était de neuf lignes et demies. La peau et l'aponévrose disséquées avec soin et renversées sur l'orifice anal, nous avons eu à découvert l'artère et nerf superficiels du périnée; nous avons mesuré la distance qui se trouvait entre cette artère et l'extrémité de l'incision, et nous l'avons trouvée égale à trois lignes et demi du côté droit et trois lignes du côté gauche. Mais une chose digne de remarque, c'est que le parallélisme qui existait entre l'artère et l'extrémité de l'incision était tel qu'on aurait pu pousser plus loin cette dernière sans aucune crainte d'atteindre le vaisseau. Un autre sujet, opéré par M. *Dupuytren*, mort des suites de l'opération, et que nous avons pu disséquer, nous a convaincu que la lésion de cette artère doit être rare en suivant les règles données par ce professeur.

Le muscle bulbo-caverneux, que nous examinâmes avec soin, nous présenta sa portion postérieure complètement divisée en travers.

Notre dissection n'a pu nous faire apercevoir la moindre trace du transverse; mais, sur le second sujet, nous avons vu que les fibres étaient divisées obliquement d'avant en arrière et de dedans en dehors.

L'artère du même nom, que nous avons prise à son origine et suivie jusqu'à sa division en deux branches pour se perdre dans le bulbe, n'avait pas été atteinte; elle était à trois ou quatre lignes de l'incision. Nous n'avons pas besoin de dire que la branche supérieure de la honteuse était intacte.

La portion membraneuse ne présentait rien de remarquable. Une très-petite portion du bulbe avait été divisée. Chez le second sujet nous avons fait la même remarque, sans que chez celui-ci, opéré de son vivant, il en soit résulté aucun accident. Il me paraît que la division de cette portion du canal doit arriver assez souvent quand on opère sur des individus qui ont dépassé l'âge de trente à quarante ans.

En regardant le col de la vessie par sa face interne, on trouvait

sur les parties latérales la terminaison des deux incisions profondes qui ne dépassaient ni de l'un ni de l'autre côté la circonférence de la glande, circonstance si importante, et d'où dépend le succès de l'opération. Ces deux incisions, dirigées dans le sens du plus grand rayon de la prostate, formaient chacune, avec l'axe de cette glande, un angle de 55 à 60 degrés. Ce corps glanduleux, incisé de chaque côté à la profondeur de quatre lignes et demies à cinq lignes, faisait concevoir facilement la possibilité de faire passer par cette ouverture un calcul très-volumineux, surtout en ayant égard, chez les enfans, à la distension facile de l'orifice de la vessie et de la base de la prostate, ce qui ne permet pas de porter l'incision interne au-delà d'une profondeur de deux lignes, et chez les adultes à la largeur de l'orifice vésical et du col de l'urètre.

C'est cette dissection, faite avec beaucoup de soin, qui nous a convaincu des avantages que présente la taille bilatérale sur les autres tailles sous-pubiennes. Les bornes de cet opuscule ne me permettent que de la comparer à la taille la plus généralement pratiquée aujourd'hui, c'est-à-dire à la taille latéralisée.

Le premier avantage que présente cette nouvelle méthode sur la seconde, est, 1°. d'ouvrir une route moins oblique, plus facile, plus droite, pour parvenir dans la vessie. La plus simple réflexion suffit pour en être convaincu; la forme de l'incision semi-lunaire, sa situation à la partie la plus large du périnée, indique assez que la voie que l'on se fraie pour arriver dans la vessie est plus directe que celle qu'on obtient par l'incision oblique dans la taille latéralisée.

2°. De n'intéresser aucune branche ou rameau d'artère qui puisse fournir une hémorrhagie un peu considérable.

La dissection des deux sujets opérés par M. *Dupuytren* a pu nous montrer, sous ce rapport, la supériorité de la méthode de *Celse* modifiée par la taille latéralisée. Dans ces deux cas, nous n'avons trouvé aucune lésion des artères périnéales, et toutes les fois que nous avons nous-même pratiqué ou vu pratiquer par quelques-uns de nos amis

cette opération sur le cadavre, la dissection nous a toujours montré les vaisseaux dans une intégrité parfaite.

Cela n'arrive pas toujours dans la taille latéralisée ; car si le lithotome ou le bistouri en sortant, le gorgeret en entrant, s'éloignent trop de la ligne médiane, on risque d'ouvrir souvent l'artère superficielle : heureusement que sa situation entre l'aponévrose superficielle et la peau permet de la saisir assez facilement. Quant à l'artère transverse, on sait qu'elle est souvent divisée dans la taille latéralisée, et qu'elle est beaucoup moins exposée dans la taille bilatérale, quoiqu'elle puisse être quelquefois intéressée quand on commence l'incision un peu trop haut.

3°. De présenter une issue plus commode, plus libre, plus large, pour l'introduction des instrumens et l'extraction du calcul.

En effet, d'après des expériences répétées sur le cadavre, par M. Senn, il est évident qu'on peut obtenir dix lignes de chaque côté, puisque les deux lames de l'instrument suivent en sortant le plus grand rayon de la glande ; on doit joindre à cela la largeur du canal de l'urètre, qui peut être portée à quatre ou cinq lignes ; et, en outre, comme cette double incision oblique circonscrit un lambeau triangulaire renfermant les canaux éjaculateurs, le *verumontanum* et la moitié inférieure de la portion prostatique de l'urètre ; on conçoit qu'il est possible, rigoureusement parlant, d'obtenir une plaie d'environ deux pouces sans de graves inconvéniens. Il serait impossible d'obtenir par la taille latéralisée une ouverture aussiconsidérable. On sait d'ailleurs que si en incisant d'un seul côté on cherchait à avoir une ouverture qui pût approcher de celle que l'on obtient par la taille bilatérale, non pas l'égaliser (la chose n'est pas possible puisqu'on incise des deux côtés dans cette dernière méthode), on aurait pour résultat de graves accidens. En effet, les limites de la prostate ne manqueront pas d'être dépassées, les lèvres de la plaie ne seront plus tenues en contact par les tissus solides qui entourent cette glande, et alors deux choses seront à craindre : les fistules urina-

res, ou bien l'inflammation du tissu cellulaire qui entoure la prostate et le col de la vessie.

Ce dernier accident, nous disait naguère M. *Dupuytren*, est le plus redoutable et le plus commun de tous ; il fait périr, tout seul, plus de sujets que tous les autres ensemble.

4°. D'éviter, d'une manière plus sûre, l'incision des conduits éjaculateurs.

Quoique la lésion d'un de ces conduits paraisse peu grave à M. le professeur *Vacca*, prétendant que l'analogie et l'expérience démontrent qu'on ne doit craindre aucune conséquence fâcheuse, puisqu'il en reste toujours un intact, M. *Scarpa* ne partage point son opinion. En effet, la lésion d'un de ces canaux peut donner lieu à une inflammation du testicule, inflammation qui lui sera transmise par le conduit qui l'unit au canal de l'urètre ; ou bien la cicatrice changera les rapports des extrémités divisées des conduits de la semence, et son oblitération en sera la conséquence, peut-être même l'atrophie de la glande génératrice. D'ailleurs, comme le dit *Scarpa*, il est à la fois irrationnel et contre l'humanité d'exposer un individu au danger de perdre la moitié de ses facultés génératrices, quand on peut extraire la pierre de la vessie à l'aide d'un procédé qui n'expose pas aux mêmes accidens.

La lésion des conduits éjaculateurs n'est pas peut-être si rare qu'on le pense dans la taille latéralisée, à moins qu'on ne dirige le lithotome comme le professeur *Boyer*. Nous connaissons un individu qui était marié depuis quatre ans, et avait eu plusieurs enfans, lorsqu'on pratiqua sur lui l'opération de la taille. Depuis cette époque, cet homme est dans un état d'impuissance qui dure encore, et ce qu'il nous a dit à ce sujet nous porte à croire qu'il y a eu lésion dans l'appareil éjaculateur.

Ne suffit-il pas d'avoir vu la direction des incisions de la prostate dans la taille bilatérale, la situation des canaux éjaculateurs dans l'angle que forment ces incisions, pour être convaincu que la lésion de ces conduits devient absolument impossible.

5°. De mettre à l'abri de la lésion du rectum.

Cet accident, qui arrive quelquefois dans la taille latéralisée, non seulement en incisant la prostate et le col de la vessie avec l'instrument du *Frère Côme*, mais même en pratiquant l'incision extérieure avec un bistouri ordinaire, paraît plus facile à éviter dans la taille bilatérale. Dans la première méthode, on blesse le rectum, ou parce que le tranchant de l'instrument n'est pas assez dirigé en dehors, ou bien parce que l'on commence l'incision de la peau trop près de l'anus. C'est pour éviter cet accident, dans le premier cas, qu'on a conseillé de donner au lithotome une direction parfaitement horizontale; mais le tranchant de l'instrument se trouvant alors perpendiculaire à l'artère honteuse, celle-ci risque d'être atteinte. Si on donnait à la lame une direction moyenne, comme le veulent quelques-uns, ce serait alors, disait M. *Dupuytren*, l'artère superficielle qui pourrait être lésée.

Dans la taille bilatérale, au contraire, l'incision extérieure, par sa forme, met à l'abri de la lésion de l'intestin, ainsi que le lithotome qui, répondant par sa concavité au *verumontanum*, ne permet aux deux lames que d'agir sur les parois latérales du col de la vessie et de la portion prostatique de l'urètre.

6°. Un des plus grands avantages surtout de la taille bilatérale sur la taille latéralisée, c'est la rapidité avec laquelle s'opère la guérison. Nous avons vu pratiquer plus de trente opérations par la méthode latéralisée, et nous n'avons pas vu de sujets adultes guérir aussi rapidement que par la méthode que nous décrivons. C'est, au reste, ce que nous pourrions démontrer par la comparaison de huit observations recueillies à l'Hôtel-Dieu sur des sujets de tout âge, opérés par la méthode bilatérale, avec huit autres prises au hasard, et où l'on avait pratiqué la taille latéralisée.

Cette prompte guérison, observée d'ailleurs par *Béclard*, est facile à concevoir. En effet, par les deux incisions latérales de la prostate, on ménage une partie considérable de cette glande, en obtenant même une ouverture plus grande que dans la taille latéralisée. On conserve

donc à ce corps glanduleux tout le ressort nécessaire pour opérer la guérison de la plaie du col de la vessie.

Béclard a vu, chez un jeune homme de dix-neuf ans, la réunion de la plaie être telle, deux heures après l'opération, que le malade, depuis ce moment, ne cessa d'uriner par la verge jusqu'à son entière guérison.

Telles sont les raisons qui nous portent à préférer la méthode bilatérale sur la méthode latéralisée, et l'expérience vient encore à notre appui.

En effet, si nous consultons la proportion des morts sur le nombre des opérations, nous verrons que les beaux résultats sont dus à la méthode que nous avons exposée.

A l'Hôtel-Dieu de Montpellier, nous avons vu que cette proportion était de 1 sur 7 ; à un des hôpitaux de Paris, 1 sur 5 ; à l'hôpital de Norwihch 1 sur 7 ; à l'hôpital de Guy 1 sur 17, tandis qu'à l'Hôtel-Dieu elle est de 1 sur 24.

Si nous nous en rapportons à la Gazette de Santé, il paraîtrait que *M. Dupuytren* n'aurait pas été si heureux dans la pratique civile. Mais, comme nous n'avons aucun détail sur ces observations, nous ignorons si les insuccès tiennent à quelque vice de l'opération elle-même, ou bien à quelque maladie qui serait survenue, et aurait occasionné la mort des opérés. On sent que ce point devrait être éclairci avant de prononcer. Nous devons être d'autant plus exigeant sous ce rapport, que tout ce que nous avançons dans cette dissertation a été vu et vérifié par nous. Nous avons fait un travail plus étendu sur ce sujet, dont nous ne donnons ici que le résumé.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Quibus in urinâ arenosa subsident , illis vesica calculo laborat. *Sect. 4 , aph. 79.*

II.

In ætatibus autem talia eveniunt. . . Iis qui ætate sunt majores calculorum generationes. *Sect. 3 , aph. 26.*

III.

Si quis sanguinem mingat , et grumos , et urinæ stillicidium habeat , et dolor incidat ad imum ventrem , et perinæum , partes circa vesicam laborant. *Sect. 4 , aph. 80.*

IV.

Si quis sanguinem et pus mingat , et squamas , et odor gravis sit , vesicæ exulcerationem significat. *Ibid. , aph. 8.*

V.

Quibus in urinariâ fistulâ tuberculum nascitur , his , suppurato eo et perupto , solutio fit. *Ibid. , aph. 82.*

VI.

Si quis sanguinem aut pus mingat , renum , aut vesicæ exulcerationem significat. *Ibid. , aph. 75.*

